

Cheiro-oral-pedal 症候群と右 One-and-a-half 症候群を呈した右橋被蓋部出血の一例

石巻赤十字病院 神経内科

○原 憲司、成川 孝一、仁田原 憲太、加藤 量広、及川 崇紀

【主訴】眩暈、左半身の痺れ
【既往歴】高血圧（未治療）、高度頻脈（幼少期より出現、未治療）
【現病歴】70歳男性。平成 X 年5月上旬、午前11時頃デスクワークをしている最中、突然眩暈、左半身の痺れを自覚し救急搬送。眼球運動検査にて右眼は正中位固定で水平眼振はなく、左眼は外転のみ可能であり垂直性注視は保持された。輻輳は右眼がやや減弱していたが両眼とも可能であり、右 One-and-a-half 症候群と診断した。また口周囲、左上肢遠位部、左下肢遠位部の痺れの訴えがあり Cheiro-oral-pedal 症候群を呈した。症候学上、右 MLF および右 PPRF の障害、右視床外側もしくは右内側毛帯の障害が示唆され CT を施行。頭部 CT にて橋被蓋のやや右寄り傍正中背側部に11mm 程度の血腫を認めた。出血範囲が狭かったことから安静と降圧による保存的治療にて経過観察の方針となった。
【考察】本症例は Cheiro-oral-pedal 症候群及び One-and-a-half 症候群を合併した一例である。Cheiro-oral-pedal 症候群の責任病変として視床外側核の障害が有名だが、中心後回、脳幹部、放線冠による報告もある。今回 One-and-a-half 症候群との合併もあり、両者を引き起こす一元的な病変を考え合わせたところ、傍正中橋被蓋部からの出血が疑わしいと推測。CT を施行し、症候から推測した部位からの出血を認めた。症候から病変部を推測し一致を認めた症例を経験したため今回報告する。

O-4-08

赤十字病院間の産婦人科医療支援の経験（派遣側からの報告）

名古屋第一赤十字病院 産婦人科

○鈴木 一弘、宇佐美 欽通、江崎 正俊、大多和 慶子、
夫馬 和也、長尾 有佳里、棚木 善旭、古橋 円

名古屋第一赤十字病院の産婦人科医師数は20名で、そのうち産婦人科専攻医は8名である。毎年2、3人が初期研修終了後に当院で専攻医として産婦人科医研修を開始している。当院は数多くの母体搬送を受け入れ、また正常分娩も積極的に行い、豊富な周産期症例を専攻医に提供できている。一方で、婦人科症例、特に骨盤解剖学を学ぶうえで重要な腹式単純子宮全摘出術症例は、若手医師一人あたりの症例数が少なく、より充実した産婦人科研修には経験症例の増加が望まれていた。
若手医師の婦人科症例不足を補うべく他病院での派遣研修を模索する中、伊勢赤十字病院への派遣研修が開始された。第50回日本赤十字社医学学会総会で産婦人科医療支援開始から1年間の報告をした。当院から派遣しているのは卒後4年目の医師で、約6か月間を派遣研修期間とし、これまで3名が派遣され、現在4人目の派遣が継続中である。
両者が win-win の関係を構築できているから医療支援が継続できているが、これまで当院から派遣された若手医師は思い描いた研修が行えたのだろうか。専門医取得までの3年間の研修を当院のみで完結させることも可能ではあるが、それ以上のメリットがあるからこそ短期間ではあるが派遣研修を行っている。これまで派遣された医師の感想では、経験できた症例は幅広く、派遣当初の目的は達成できている。その他、他大学の産婦人科同期との交流やサブスペシャリストからの指導にも恵まれている。問題点としては、当直システムの違いがあり、生活リズムの変化に慣れるのに時間を要するかもしれない。経験症例、スタッフ交流、そのほかの実情を派遣側の本音を交えて報告する。

O-4-10

子宮全摘出術13年後に再発した異所性平滑筋腫の一例

熊本赤十字病院 診療部

○岩越 裕、荒金 太、田中 義弘、中村 佐知子、前田 宗久、
桑原 知仁、黒田 くらみ子、三好 潤也、氏岡 威史、福松 之敦

今回われわれは、子宮全摘出術13年後に再発した異所性平滑筋腫の一例を経験したので報告する。症例は47歳、2経妊2経産。28歳、29歳時に帝王切開、34歳時子宮筋腫の診断で腹式単純子宮全摘出術及び左付属器摘出術の既往歴がある。子宮全摘出術の際、子宮は多発筋腫により新生児頭大に腫大していた。腹腔内には腹膜の血管を栄養血管とする4個の異所性平滑筋腫を認めた。13年後、背部痛を主訴に前医初診、尿管結石の診断で保存的治療の方針となったが、その際撮影した CT にて仙骨前面に腫瘍像を認めたため、精査加療目的に当院へ紹介となった。経膈超音波断層法にて腔断端直上に22mm 大の結節筋を認めた。骨盤 MRI 検査では、直腸、左腹直筋直下に結節性病変を認め、Gd にて増強を認めた。上部、下部消化管検査にて明らかな病変を指摘できなかった。PET-CT では骨盤内に軟部組織と同等の濃度を示す結節を数個認め、仙骨前方の直腸右側の25mm 大、左腹壁直下の25mm 大の結節に軽度 FDG 集積をそれぞれ認めた。その他の結節にもごく僅かな FDG 集積を認めたが、原発巣と思われる病変は指摘できなかった。診断目的で腹腔鏡を施行した。子宮及び左付属器は摘出後の状態であり、ダグラス窩腹膜直下の後腹膜腔に3cm 大、左腹直筋直下に癒着した大網内に2cm 大、横行結腸近傍の大網内に1cm 大の腫瘍を2個認め、それらを全て摘出した。腫瘍は全て境界明瞭、弾性硬で剖面は黄白調で出血壊死は認めなかった。病理組織診断は富細胞性平滑筋腫であった。術後経過は良好で術後4日目に退院し、現在当院外来にて経過観察中である。異所性筋腫は腹腔鏡下子宮筋腫核出術後の発生が知られているが、開腹子宮全摘出術後に発生した今回の症例につき、若干の文献的考察を加え報告する。

赤十字病院間の産婦人科医療支援を受けて

伊勢赤十字病院 産婦人科

○山脇 孝晴、長尾 有佳里、仁儀 明納、河村 卓弥、平田 徹、
紀平 知久

当院は全国日赤支部92病院の中で最初に設立、病床数655床、病床稼働率98.2%、ドクターヘリを保有、三重県の広域の二次三次施設の役割を担っている。産婦人科も、婦人科癌と周産期センターの認定を受けている。三重大学関連病院として5人の常勤医で何とか診療を行ってきたが、転勤に伴う補充が困難となつたため、2013年5月以後、名古屋第一赤十字病院（名一赤）より後期研修医2年目に6か月交代で支援いただいている。今回、長所、欠点、問題点を検討した。2014年4月から、産婦人科専門医は2人のみ、後期研修医3年目1人、2年目2人（内1人が名一赤から）で診療を行っている。365日受け入れ、自科麻酔である。支援いただく当院の利点は、マンパワーの補充、医療の質の確保、他施設からの人材加入による活性化などで、不利益は全くない。一方、名一赤には病院の利益はなく、医師個人では、後期研修2年目には通常行わない医療行為を多数実施できる、施設により特徴のある疾患、術式を多数経験できる長所がある。具体的には、多数の紹介新患者の診察、悪性腫瘍手術の執刀、腔式手術の執刀、種々の麻酔経験などで、他県、他大学医師との交流、人脈の形成も利点である。しかし、派遣医師の不利益は多大で、極めて多忙、当直も多かつ毎日待機で on-off がない、自科麻酔の負担、遠慮、戸惑い、単身赴任など家庭問題もある。両施設間に医療支援が順調に行われた理由は、母体が同じで経歴身分が継続、電子カルテが同一、同年代の医師が派遣先にも勤務、いずれの医師もモチベーション高く切磋琢磨、派遣期間の延長を希望する医師が多かったことなどである。種々のメリットが存在する中、赴任いただく先生には感謝の気持ちで一杯である。若手医師のキャリアアップに少しでも貢献できるよう努力していきたい。

O-4-09

当院における子宮体部小細胞癌の臨床経過の検討

静岡赤十字病院 産婦人科

○井関 隼、市川 義一、坂堂 美央子、根本 泰子、服部 政博

原発性の小細胞癌は、婦人科領域では子宮頸部腫瘍に最も多く見られるが、子宮体部の小細胞癌は全子宮体癌の1%にも満たない稀な疾患で予後不良とされている。今回我々は子宮体部小細胞癌の術後、早期に遠隔転移が進行し死亡した症例を経験した。近年当院において子宮体部小細胞癌と診断された2例とともに臨床経過を考察する。
【症例1】70歳、2経妊2経産。性器出血を認め尿細胞診で疑陽性、子宮内膜組織診で小細胞癌と診断し初回手術施行。病理組織診より子宮体部小細胞癌（neuroendocrine tumor）IIIC2期の診断となり、CPT-11+CDDP 療法（IP 療法）を施行した。術後6か月の採血にて肝胆道系逸脱酵素の倍増と腫瘍マーカーの上昇を認め、肝転移増悪及び骨転移にて PD と判断し、IP 療法を5コースで中止した。骨病巣に対し放射線治療を開始したが、一か月後に全身状態の悪化と黄疸が出現、CT 上多発肝転移の急激な増大、肺転移、胸水を認め緊急入院となった二日後に急速に意識レベルが低下し、死亡に至った。
【症例2】69歳、1経妊0経産。不正性器出血持続のため受診。子宮頸部細胞診にて classIIIb、small cell carcinoma 疑い。ベッドサイドで転倒し外傷性クモ膜下出血を発症し、縮小術式として初回手術施行。術後診断は子宮体部小細胞癌 IIIA 期となり IP 療法を施行したが、2コース開始後に脳幹梗塞を発症し、死亡に至った。
【症例3】51歳、2経妊1経産。肝機能障害と多発肝転移にて外科入院、CT にて子宮筋層内にも充実性腫瘍を認め婦人科依頼。子宮内膜細胞診 classV（小細胞癌）であったが、肝性昏睡、出血傾向、DIC が進行し死亡に至った。病理解剖にて子宮体部小細胞癌と診断した。子宮体部小細胞癌は予後不良な疾患として知られるが、短期間で転移が増大し、急速な病態悪化のため死の転帰を迎えるケースを想定して診療にあたる必要がある。

O-4-11

子宮体部神経内分泌癌と類内膜腺癌が混在した混合癌の1例

日本赤十字社和歌山医療センター 第一、二産婦人科部¹⁾、
同 病理診断科部²⁾

○吉田 隆昭¹⁾、神崎 優¹⁾、家村 阿紗子¹⁾、小林 史昌¹⁾、
横山 信喜¹⁾、稲田 収俊¹⁾、横山 玲子¹⁾、山村 省吾¹⁾、
坂田 晴美¹⁾、豊福 彩¹⁾、中村 光作¹⁾、小野 一雄²⁾

子宮体部原発の神経内分泌小細胞癌は子宮体部悪性腫瘍の1%未満という非常に稀な腫瘍であり、また難治性であり予後不良とされる。今回、我々は術前診断が困難であった子宮体部神経内分泌癌と類内膜腺癌が混在した混合癌を経験したので報告する。症例は51歳、3経妊、2経産。閉経後出血のため近医を受診したところ子宮内膜肥厚を認め当科を紹介された。超音波断層法で子宮内腔を占拠する腫瘍を認め子宮体癌を疑わせた。内膜細胞診では炎症細胞、裸核細胞を含む背景に核腫大およびクロマチン増量のある重積性の異型細胞集団塊を多数認め腺癌を疑わせた。子宮鏡下生検では小型裸核状の腫瘍細胞が充実性に増殖しており狭細な血管性間質が介在しており、通常の腺癌ではなく未分化癌、肉腫などが疑われた。MRI では T2 でやや高信号、強い拡散制限を伴う腫瘍を子宮内腔に認めたが明らかな筋層浸潤はなかった。CT では有意なリンパ節腫大はなく子宮内膜未分化癌もしくは肉腫 IA 期の診断で腹式子宮全摘、両側付属器切除、骨盤内リンパ節廓清を施行した。術後病理診断は類内膜腺癌、G1と小細胞癌の混合癌であった。小細胞癌部分は免疫染色で CD56、シナプトフィジンが陽性であり神経内分泌癌と診断された。リンパ節転移は認めなかった。